

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927 N° 41

Contribution à l'Etude
du
Prolapsus de la Muqueuse Uréthrale
chez la Femme

THESE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 11 Décembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raoul DEMONTÉS

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 16 Décembre 1902, à VALENCE (Drôme)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1926

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU PROLAPSUS DE LA MUQUEUSE URETHRALE
CHEZ LA FEMME



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927 N° 41

Contribution à l'Etude
du
Prolapsus de la Muqueuse Uréthrale
chez la Femme

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 11 Décembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raoul DEMONTÉS

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 16 Décembre 1902, à VALENCE (Drôme)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M H HUGOUNENQ
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), ROQUE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	PIC
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	X.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie Interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	PAYIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	ETIENNE-MARTIN
Pharmacie,	COURMONT (P.)
	X.
	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.
GARIN	CORDIER (V.)	SANTY
TRILLAT	ROUBIER	DUNET
SARVONAT	FAVRE	CHALIER (André)
FLORENCE (G.)	BONNET	CHALIER (Joseph)
ROCHAIX	RHENTER	NOEL
	MAZEL	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROCHET, président; THEVENOT Léon, assesseur
 BONNET et SANTY, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MES CHERS DISPARUS

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE,

Je leur dois tout.
Faible témoignage de reconnaissance
infinie.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR,

Témoignage de fraternelle affection.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
M. LE PROFESSEUR V. ROCHET,
Professeur de Clinique Urologique
à la Faculté de Lyon
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Nous le prions de croire à notre vive
reconnaissance.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉON THEVENOT,
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a inspiré le sujet de notre
thèse, pour laquelle il n'a ménagé ni
son temps, ni ses conseils.
' Nous le prions d'accepter l'hom-
mage de notre profonde gratitude.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES
DE MONTPELLIER ET DE LYON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU PROLAPSUS DE LA MUQUEUSE URETHRALE CHEZ LA FEMME

INTRODUCTION

Le prolapsus de l'urèthre chez la femme n'est pas une affection rare.

Cette affection a été surtout étudiée au point de vue de sa symptomatologie. Les auteurs ont envisagé une pathogénie basée sur la théorie mécanique du glissement de la muqueuse uréthrale sur la musculieuse. Ce glissement serait le fait de l'affaiblissement des tissus, conditionné principalement par le facteur âge (jeunesse ou vieillesse), et survenant à la suite d'une cause occasionnelle : l'effort considéré dans toutes ses manifestations.

Cependant, les examens anatomo-pathologique pratiqués avaient révélé l'existence constante de lésions vasculaires.

Une théorie angiomateuse des lésions est née de ces constatations. Mlle Rechnieweska la soutient dans sa thèse. Elle nous apporte de nombreuses observations. Elle reprend les théories déjà envisagées et insiste particulièrement sur l'existence d'un angiome, sans toutefois en préciser le rôle et l'importance dans l'étiologie du prolapsus de la muqueuse uréthrale. Dans

l'état actuel de nos connaissances, dit cet auteur, il nous est impossible de trancher une question que des recherches ultérieures viendront peut-être modifier. L'angiome existe. Est-il primitif, est-il secondaire ?

Dans sa communication du 2 novembre 1909 à la Société Anatomique de Paris, Morestin présentait l'observation d'une femme de 53 ans, chez laquelle il avait eu cliniquement l'impression que le prolapsus inflammatoire de l'urèthre était dû à une véritable phlébite des varices péri-méatique. Les accidents que l'on observe seraient absolument comparables à ceux qui accompagnent les phlébites hémorroïdaires.

En nous inspirant le sujet de ce travail, M. le Professeur agrégé Thévenot nous avait exposé une théorie séduisante qui fit le sujet d'une communication à la Société de Chirurgie de Lyon, le 3 novembre 1926.

L'observation que nous apportons est due à son obligeance.

Il s'agit d'un cas dans lequel les lésions ont évolué tant au point de vue anatomo-pathologique que clinique, à la façon des hémorroïdes autour de l'orifice anal. Nous avons eu l'idée de rechercher si, dans les travaux antérieurs, les examens histologiques n'avaient pas amené des constatations analogues.

La symptomatologie, le diagnostic et le traitement restent pour le chirurgien d'un intérêt secondaire.

Les examens anatomo-pathologiques ont ouvert le champ à des données pathogéniques nouvelles que nous nous efforcerons de mettre en lumière dans ce modeste travail.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Thévenot

Mme X., âgée de 60 ans, mariée et mère de 2 enfants : grossesses et accouchements normaux.

Rien à signaler dans ses antécédents personnels.

Il y a 3 ans, la malade a vu apparaître une hématurie légère, qui suivait la miction et qui a duré 2 à 3 jours. L'hématurie a toujours été terminale, les urines restant claires.

3 mois après les mêmes accidents se reproduisent. Les hématuries devinrent de plus en plus fréquentes tous les 15 jours environ.

On avait noté pendant les périodes d'hématuries des besoins plus fréquents d'uriner (2 à 3 fois la nuit). Interrogée, la malade avait accusé une légère impression de cuisson. Pas de gêne au cours de la marche, ni dans la station assise.

A l'examen local, on constate un prolapsus de la muqueuse uréthrale sur toute la périphérie du méat. La muqueuse est œdématisée, violacée, ulcérée sur ses trois quarts supérieurs. Dans son quart inférieur elle présente une teinte violacée.

L'examen cystoscopique ne montra que quelques petits points congestionnés au niveau de la muqueuse uréthrale.

Pas de polype de l'urèthre. La muqueuse vésicale est saine.

Le 23 janvier 1926, la tumeur est enlevée, sous anesthésie locale, par une sorte de Whitehead. La cicatrisation a été rapide, sans incidents et le résultat s'est maintenu excellent.

L'examen histologique de la pièce pratiqué par M. le Docteur Duplant donne les résultats suivants :

Tuméfaction allongée, moniliforme, ayant environ 3 cm. de longueur, sur 4 ou 5 mm. de largeur.

Coloration à l'hématéine-éosine-méthyl-orange.

Le revêtement épithélial malpighien, modifié par des éléments à mucus, ne s'observe que sur une extrémité de la coupe. La couche basale est nettement limitée.

Dans tout le reste de la coupe, on observe trois sortes d'éléments :

1° *Des cavités assez grandes*, tapissées par une couche épaisse de cellules du type glandulaire à mucus et bien encadrées par une limitante conjonctive. Les couches profondes bien colorées par l'éosine sont formées de cellules allongées cylindriques à protoplasma homogène.

Les superficielles sont constituées par des cellules assez larges, polygonales, percées de cavités rondes ou ovalaires. Au centre des cellules plus allongées à contenu mucoïde.

2° *De larges vaisseaux* anormaux à parois minces, limitées en dedans par des cellules endothélioïdes.

3° *Zones de sphacèle* formant des îlots assez vastes, circulaires ou ovoïdes, remplis d'une masse granuleuse, fibrinoïde, contenant quelques hématies plus ou moins dégénérées.

En aucun point on ne trouve des éléments épithéliaux infiltrant le tissu conjonctif et pouvant être considérés comme néoplasiques. Quelques îlots de leucocytes correspondent à une inflammation secondaire.

En somme il s'agit d'une tumeur à tissus multiples où domine une sorte d'adénome mucogène et semé de vaisseaux angiomateux. Il s'agit probablement d'un développement tardif d'une tumeur congénitale angio-glandulaire.

OBSERVATION II

(Recueillie dans le service de M. le Docteur Broca, par M. Blanc, interne du service et publiée dans les « *Annales des Maladies des organes génito-normaux*, 1895). Résumé.

B... Th., âgée de 6 ans, entre à l'Hôpital Trousseau le 9 novembre 1894.

Le diagnostic de prolapsus de la muqueuse urétrale est porté. On institue le traitement suivant : antiseptie rigoureuse de la vulve et du vagin ; cautérisation tous les trois jours au nitrate d'argent.

Le 27 décembre, opération. Excision circulaire au bistouri, de la muqueuse prolabée.

Suture à la soie. Réunion parfaite et guérison au dixième jour.

Examen histologique de la pièce, par M. Joly, interne des hôpitaux.

La masse même de la coupe est formée par un tissu conjonctif fibrillaire infiltré de cellules rondes, assez nombreuses, sans prédominance autour des vaisseaux. Au milieu de ce tissu conjonctif de nombreux capillaires à parois embryonnaires. Ces vaisseaux prennent parfois des apparences contournées, dilatées sur certains points, ils rappellent un peu le tissu angiomateux.

OBSERVATION III

(Prise par M. BLANC, dans le service de M. le Docteur BROCA et publiée dans les « Annales des Maladies des organes génito-urinaires, 1895. Résumée).

Ed... Eugénie, entre à l'Hôpital Trousseau le 24 novembre 1894.

Symptomatologie calquée sur le tableau présenté par la petite Berthe T... Même diagnostic et traitement identique.

Les résultats de l'examen histologique sont analogues à ceux rappelés dans la précédente observation.

OBSERVATION IV

(Publiée par SIMPSON dans « Edimbourg Medical Journal », 1893-1894, p. 303). Résumée.

M... R..., âgée de 52 ans, est admise le 17 novembre 1892, à l'hôpital.

A l'inspection des organes génitaux, une tumeur rouge, d'aspect très vasculaire entourant l'orifice de l'urèthre.

Prolapsus de la muqueuse uréthrale.

Le 24 novembre : La muqueuse prolapsée est enlevée au thermocautère.

Guérison rapide.

L'examen histologique montre un tissu sous-muqueux plus dense que normalement. Infiltration de leucocytes autour des vaisseaux et prolifération évidente du tissu conjonctif.

Extrême vascularité des tissus conjonctifs capillaires très dilatés, certains paraissant formés de vaisseaux très dilatés.

Les petites artérioles sont aussi dilatées, leur endothélium est, comme celui des capillaires, gonflé en plusieurs endroits. Plusieurs de ces vaisseaux montrent un épaissement considérable de leurs parois.

DEUX OBSERVATIONS

(SIPILA, 1898, Helsingfors)

OBSERVATION V

Enfant âgée de 10 ans. L'enfant présente au niveau de l'orifice uréthral une tumeur qui n'est autre qu'un prolapsus de la muqueuse de l'urèthre.

Examen microscopique de la tumeur démontre qu'il s'agit d'un angiome à structure type.

OBSERVATION VI

Femme de 57 ans. Prolapsus de la muqueuse uréthrale circulaire. Examen histologique de la tumeur démontre l'existence d'un angiome.

OBSERVATION VII

(Recueillie dans la thèse de POUDRIER, 1895-96. Résumée)

La malade, âgée de 59 ans, lingère, entre à l'Hôpital St-Antoine, le 2 mai 1896.

Rien de particulier dans ses antécédents personnels et héréditaires.

La malade entre à l'hôpital, se plaignant depuis un mois environ de douleurs en urinant.

A l'examen, on constate une tumeur ulcérée; rouge, violacée, ayant la forme d'un polype dont on arrive à circonscrire le pédicule, et qui siège au niveau du méat.

Cette tumeur reconnue pour être fournie par la muqueuse uréthrale prolabée est irréductible.

L'opération est pratiquée le 2 juin par M. le Docteur Monod. La cicatrisation est rapide.

L'examen histologique pratiquée par le Docteur Macaigne donne les résultats suivants :

La coupe présente deux parties bien distinctes :

1° *Un revêtement épithélial;*

2° *Une zone de tissu conjonctif vasculaire.*

La couche profonde est constituée de tissu conjonctif lamellaire plus ou moins épais, parsemé de vaisseaux capillaires généralement dilatés.

Il existe de plus une altération importante, c'est l'existence de foyers d'hémorragies. Ceux-ci sont de dimensions variables, atteignant le volume d'un grain de blé.

Ils sont arrondis et d'âge variable. Les uns sont véritablement des hémorragies interstitielles à contours diffus, mais à forme arrondie.

D'autres plus avancés en âge, sont entourés de lamelles fibreuses concentriques si bien qu'au premier abord ils ressemblent à des veines énormément dilatées.

Ces nodules hémorragiques arrivent près de la surface qu'ils soulèvent.

En arrivant près du revêtement épithélial, le tissu conjonctif devient plus fibreux en lames parallèles, plus épaisses et denses et là existe pour ainsi dire une bordure de vaisseaux capillaires dilatés, séparés de l'épithélium par une ou deux lames fibreuses.

Le revêtement épithélial de l'urèthre a subi au niveau de ses parties saillantes une transformation en épithélium

pavimenteux stratifié aplati, tandis que dans les dépressions il a gardé ses caractères normaux.

Le chorion et le tissu conjonctif sous-jacent possèdent des vaisseaux dilatés et des hémorragies interstitielles, prenant une forme nodulaire et produisant par leur abondance et leur développement le gonflement de cette muqueuse en prolapsus.

OBSERVATION VIII

(Communication à la « Société Anatomique de Paris » le 5 novembre 1909, par M. MORESTIN).

Esther C..., âgée de 53 ans, entre à la Maison Dubois le 21 décembre 1907.

Mme C..., depuis une dizaine de jour, était incommodée par un peu de gêne et des douleurs de la miction; à la vulve une saillie anormale. Linge chaque jour souillé de taches sanguinolentes.

A l'examen, on aperçoit à la partie antérieure de la vulve, entre le clitoris et le vagin une tumeur d'un rouge violacé, arrondie, déprimée à son centre, formant un bourrelet identique, aux dimensions près, à un bourrelet hémorroïdaire, irréductible et enflammé.

La moitié postérieure plus saillante présentait plusieurs bosselures violacées. La dépression centrale répondait au méat urinaire et à l'urèthre. A son pourtour on apercevait en divers points des plaques modifiées grisâtres ou verdâtres. La lésion était circonscrite à la partie méatique de l'urèthre.

La muqueuse vulvaire restait intacte, le toucher vaginal ne révélait aucune induration sur le trajet de l'urèthre.

La malade urinait sans difficulté réelle, l'urine claire et de composition normale.

Pas d'hémorroïdes anales bien manifestes.

Le 3 janvier 1908 (Opération de Whitehead).

Bourrelet réséqué et urèthre, suture à la muqueuse péri-méatique,

Examen histologique de la pièce : Bourrelet constitué par des veines dilatées et thrombosées formant sur la coupe des cercles noirâtres particulièrement abondants en arrière.

Tout un lacis de veines relativement volumineuses est comme injecté par du sang coagulé.

La muqueuse uréthrale éversée œdémateuse et ulcérée par places enveloppe un paquet de veines thrombosées.

CHAPITRE PREMIER

Historique

On trouve quelques observations éparses dans la littérature du XVII^e siècle et Morgagni, dans ses lettres, fait mention du prolapsus de la muqueuse uréthrale. Il s'agit de trois cas de cette affection qui furent observés par lui sur le cadavre. Ce ne furent que des trouvailles d'autopsie et rien touchant la symptomatologie et la pathogénie de cette affection ne fut encore entrevu.

Séguin (Bibliothèque Médicale, 1820) rapporte l'observation suivante :

« Je vis une tumeur de la grosseur d'une noisette d'une couleur fortement rouge et même noire, sur un point, donnant une certaine suppuration louable et au milieu de laquelle on observait un enfoncement qui n'était autre chose que l'orifice du canal de l'urèthre, lequel était tellement dilaté, que, sans difficulté, on y introduisait le doigt index. »

Cet auteur n'accorde aucune mention aux causes possibles de cette affection.

Il faut arriver à Tavignot, en 1842, pour lire un travail beaucoup plus important. Cet auteur tend à admettre des conditions prédisposantes à l'affection. Tout d'abord, le jeune âge, une faiblesse générale que l'on retrouverait chez un grand nombre de malades. Le traumatisme et l'inflammation de l'urèthre ~~sont considérés par cet auteur~~ comme les causes du prolapsus. Tavignot avait même proposé le terme de hernie muqueuse uréthro-vulvaire pour désigner cette affection.

En 1843, Sernin de Narbonne rapporte l'observation d'une fillette de 11 ans. Boyer, dans son traité des Maladies chirurgicales, admet que « la membrane interne de l'urèthre est susceptible de se renverser surtout lorsqu'un calcul a été, pendant quelque temps, engagé dans ce canal ».

Dans les Archives générales de Médecine de 1857, on lit un mémoire de Patron sur « le renversement de la muqueuse de l'urèthre ». Trois cas observés par cet auteur l'illustrent.

Dans les Archives générale (août 1877), Blum consacre une étude au prolapsus de la muqueuse uréthrale dans un important travail relatif aux affections de l'urèthre chez la femme.

C'est Kleinwachter qui, en 1891, recueille les observations publiées tant en France qu'à l'étranger. Il s'agit là d'une véritable statistique que complète une analyse intéressante de ces observations.

Cet auteur admet l'atteinte plus considérable des

jeunes sujets. L'âge serait donc un facteur prédisposant important.

Cette affection frappe plus spécialement les enfants et les personnes âgées.

La ménopause amènerait chez la femme un relâchement de tous les tissus, en particulier au niveau des organes génito-urinaires.

Singer, en 1898, à propos de huit observations, émet une nouvelle idée pathogénique. D'après lui, le prolapsus de la muqueuse urétrale succéderait à la dilatation angiomateuse des vaisseaux de la muqueuse. L'affaiblissement des tissus jouerait également un rôle prépondérant.

En 1896, une première thèse sur le prolapsus de l'urèthre est soutenue à Paris par Pourtier. Quatre observations relatives à des fillettes de 6 à 10 ans l'illustrent. Dans le cours de l'année 1898-1899, deux thèses sont présentées sur le même sujet, l'une par Voillemin à Paris, l'autre par Cabrol à Montpellier.

Elles apportent des observations nouvelles et une nouvelle idée pathogénique de l'affection.

Voillemin reconnaît au prolapsus des causes prédisposantes et une cause déterminante. Les premières représentées par le jeune âge, la vieillesse, état de faiblesse générale et involution sénile; la dernière représentée par l'effort (toux, constipation, etc.).

En 1899-1900, dans une thèse présentée devant la Faculté de Paris, Mlle Rechnieweska développe la théorie angiomateuse énoncée par Singer. Aucune théorie pathogénique définitive n'est cependant énoncée.

Citons les publications de M. Broca, dans les *Annales de Gynécologie* de 1896, de MM. Puech et Ametler dans la *Gazette des Hôpitaux*, 8 novembre 1898. La communication de M. Courby à la Société Médicale des Hôpitaux et son article dans le *Traité des Maladies des Enfants*.

En 1903, la thèse de Lamblin sur le prolapsus de la muqueuse uréthrale chez les petites filles. L'interprétation pathogénique fournie par cet auteur se rapproche de celle énoncée dans la thèse de Voillemin : Affaiblissement des tissus, Inflammation de la vulve et de l'urèthre, L'effort dans toutes ses manifestations.

En 1909, dans une communication à la Société anatomique de Paris et à propos d'une observation de prolapsus inflammatoire de l'urèthre, M. Morestin reprend la théorie angiomateuse du prolapsus et en rapporte la cause à une véritable phlébite des varices péri-méatiques.

M. Forge, dans son Précis de Pathologie externe, consacre un chapitre à l'étude de cette affection.

CHAPITRE II

Anatomie de l'urèthre

Le canal de l'urèthre, chez la femme, représente la portion prostatique et membraneuse de l'urèthre masculin et ne communique qu'avec la vessie. Il est donc uniquement urinaire.

Ce canal n'est pas, à proprement parler, cylindrique puisqu'il présente un rétrécissement plus marqué à son extrémité inférieure et au niveau du col vésical.

D'un diamètre variant entre 7 et 8 millimètres, ce canal est très dilatable. Il admet des sondes de 10 à 12 millimètres et le petit doigt même peut y être introduit.

L'urèthre suit un trajet oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Il y a là une obliquité beaucoup plus prononcée que celle du vagin qui suit une direction de même sens.

L'urèthre nous offre à considérer un corps et deux extrémités, l'orifice supérieur ou col, l'orifice inférieur ou méat.

L'aponévrose périnéale moyenne le divise en une portion intra-pelvienne et une portion extra-pelvienne.

En arrière, l'urèthre vient prendre appui sur la paroi antérieure du vagin.

Dans son tiers supérieur, c'est une couche de tissu cellulaire assez lâche qui permet une adhérence relative des deux organes.

Dans le reste de son étendue, la cloison uréthro-vaginale représente l'adhérence totale de l'urèthre et du vagin.

En avant, le plexus veineux de Santonin le sépare du pubis. Dans sa traversée de l'aponévrose périnéale moyenne, il présente un rapport intime avec le muscle de Guthrie. Dès sa sortie, il se met en rapport avec le constricteur du vagin.

Sur les côtés, mêmes rapports.

De forme arrondie ou plus exactement étoilée, le col est situé à 2 ou 3 centimètres de la symphyse.

Le méat urinaire s'ouvre dans le canal vulvaire, en arrière du clitoris et en avant de cette saillie arrondie qui est le tubercule vaginal.

Plus étroit et surtout moins dilatable que le col, le méat présente une forme tout à fait variable.

Il peut être arrondi ou étoilé, il peut être représenté par une véritable fente longitudinale.

Le méat est soit très superficiel, soit dissimulé dans un repli de la muqueuse.

L'urèthre féminin, après incision longitudinale de sa paroi, présente une coloration tantôt blanchâtre, tantôt rosée ou rouge, s'il y a dilatation des capillaires qui sillonnent la muqueuse.

La surface intérieure du canal est sillonnée de plis longitudinaux et percée d'orifices.

Les uns sont les sinus muqueux, d'autres vont correspondre au point d'abouchement des glandes uréthrales. On décrit à l'urètre une tunique musculieuse externe et une muqueuse interne. Pas de tunique vasculaire distincte.

La tunique musculaire est représentée : A) Par des fibres circulaires qui sont disposées sur toute l'étendue de l'urèthre. Ces fibres s'accumulent à la partie supérieure de ce canal pour constituer un sphincter lisse. B) En dedans de cette couche circulaire, des fibres longitudinales accolées à la muqueuse.

Remarquons, en passant, que la tunique musculaire de l'urèthre est infiltrée d'éléments élastiques et qu'elle est parcourue par de gros vaisseaux veineux.

Elle n'est même pas sans rappeler par son aspect un véritable tissu caverneux.

C'est l'homologue de la tunique vasculaire de l'homme, mais non individualisée, par suite de la dissémination des artérioles et veinules dans le lacis conjonctif et élastique de la tunique.

La muqueuse présente des plis et des dépressions, est distendue. Les dépressions représentent des lacunes et des orifices glandulaires. Ils sont surtout abondants au niveau du méat.

Le chorion est formé par un tissu conjonctif serré. Un riche réseau veineux en sillonne les parties profondes. Il s'agit là de grosses veinules dont la paroi est dépourvue de fibres élastiques.

Un épithélium stratifié prismatique qui, aux deux extrémités de l'urèthre, prend le type pavimenteux.

Deux formations glandulaires, des follicules et des glandes en grappe qui sont disposées comme chez l'homme.

La muqueuse uréthrale chez la femme, mince et élastique, ne présente, avec la musculuse, qu'une faible adhérence. Il y a là un tissu conjonctif lâche qui permet les plissements si souvent observés sur la muqueuse.

Cette couche sous-muqueuse contient des veinules si nombreuses, si plexiformes que leur présence a fait décrire là une couche caverneuse (Rielfel).

CHAPITRE III

Symptomatologie

Si l'on étudie les observations relatives au prolapsus de la muqueuse uréthrale, on est frappé de la prédominance des symptômes fonctionnels dans le tableau clinique. Ce sont eux, en général, qui attirent l'attention de la malade.

Ils sont peu nombreux et ne paraissent pas se succéder dans un ordre immuable et constant.

Voillemin, dans sa thèse inaugurale, avait adopté la division des symptômes en une période de début et une période d'état.

Une période de début marquée par des douleurs au cours de la miction. Simple cuisson d'abord, exacerbée au moment du passage de l'urine ou à l'occasion d'un effort.

Une période d'état marquée par des symptômes douloureux plus nets, des hématuries et la présence au niveau du méat d'une tumeur d'aspect rouge vio-

laccé, de volume variable et qui n'est autre que la muqueuse uréthrale prolabée

Cette division ne convient évidemment pas à tous les cas et il serait téméraire de vouloir dresser un tableau symptomatologique irréfutable.

Tantôt, en effet, le début paraît brusque, le prolapsus apparaît à l'occasion d'un effort. Citons le cas rapporté par Tritschler : Il s'agissait d'une jeune fille chez laquelle le seul fait de soulever un fardeau pesant avait suffi à produire un prolapsus.

L'observation rapportée par le Docteur Singer et où le prolapsus semblait s'être constitué sous les yeux du médecin, est une rareté.

La douleur est un symptôme considéré comme constant par tous les auteurs. Il peut cependant faire défaut et c'est souvent par hasard que la malade reconnaît l'existence d'une tumeur au niveau du méat urinaire, tumeur parfaitement indolore.

L'intensité des douleurs est des plus variables. C'est une véritable gamme qu'il faudrait établir.

Chez telle malade, c'est une sensation de cuisson exacerbée par le passage de l'urine, parfois même un simple picotement au niveau de la région vulvaire.

Telle autre malade accusera une sensation de ténesme, une impression de tension insupportable qu'exagère la position debout.

Il s'agit là de douleurs comparables à celles qu'accusent les malades atteints d'hémorroïdes anales.

Les symptômes douloureux peuvent s'aggraver et inquiéter la malade.

Sous l'influence de poussées fluxionnaires, la tu-

meur se tend, s'endolorit à un tel point que le repos au lit devient nécessaire.

On a parlé de véritables crises douloureuses, et, dans les observations de Voillemin, on relève le cas de cette malade qui prend pour uriner les positions les plus variables. La douleur est si vive, dit-elle, qu'elle se voit contrainte de prendre appui sur un meuble, de serrer à les briser des dossiers de chaises.

C'est évidemment là un cas exceptionnel et il faut tenir grand compte de la sensibilité de la malade et parfois même d'un certain degré de nervosisme.

La douleur paraît d'autant plus vive que l'on a affaire à un prolapsus plus ancien et plus ou moins enflammé secondairement.

L'hémorragie paraît être le symptôme le plus constant. Il ne manque, pour ainsi dire, jamais. Doit-elle être considérée comme un symptôme prémonitoire ? Non, car elle peut apparaître alors que le prolapsus est déjà constitué.

Il s'agit parfois d'un simple suintement.

La malade s'aperçoit que son linge est souillé de taches sanguinolentes.

Il serait trop long de citer une à une les observations dans lesquelles la malade relate ce fait.

Ces pertes de sang peuvent être, par contre, très abondantes.

Le Docteur Bagot cite l'observation de cette femme qui avait eu une perte de sang d'un demi-litre et chez laquelle le diagnostic de prolapsus de l'urèthre fut porté.

Il s'agit là de véritables exceptions.

Rarement constantes, ces hématuries apparaissent à intervalles irréguliers, à l'occasion de la miction. Elles sont terminales. Léger suintement sanguin qui durera 2 à 3 jours. La malade s'inquiètera, mais tout va rentrer dans l'ordre et ce n'est quelquefois que plusieurs jours après que le même symptôme va se manifester à nouveau.

La pollakiurie est fréquente. C'est à cette période, où l'hématurie domine le tableau clinique, que les besoins d'uriner vont devenir plus fréquents. C'est, en général, une pollakiurie nocturne. La malade, qui fait l'objet de notre Observation I, avait 3 ou 4 besoins par nuit.

La dysurie existe, mais elle est loin d'être un symptôme constant. Il est cependant permis d'admettre un certain degré de rétrécissement de l'urèthre. Prolapsus et rétrécissement peuvent évoluer parallèlement.

Sous l'influence d'une inflammation secondaire, la masse bourgeonnante, qui fait saillie à la vulve, peut s'œdématiser et augmenter de volume. Il y a alors obstacle au passage de l'urine et, de ce fait, le prolapsus entraîne un certain degré de rétrécissement (Observation de M. BLUM, rapportée dans la thèse de VOILLEMINE).

Il est d'usage de faire chez les malades une analyse d'urine.

On a mentionné, dans certains cas, des urines troubles. Il peut, en effet, exister un certain degré d'inflammation soit au niveau de l'urèthre lui-même, soit de la muqueuse vésicale, dans le cas par exemple où prolapsus et rétrécissement ont évolué parallèlement.

Il n'est pas d'observation qui signale des urines franchement purulentes. Seule une infection secondaire peut amener des accidents graves.

En général, les urines sont normales, en quantité et en composition.

L'examen des organes génitaux montre une tumeur allongée, plus ou moins ovoïde, située immédiatement en arrière du clitoris et au niveau du méat urinaire.

Son volume est essentiellement variable, allant de la grosseur d'un pois à celle d'un œuf de poule.

Il s'agit parfois de simples petits bourrelets muqueux. A la période d'état, le prolapsus prend l'apparence d'une masse charnue, d'abord rouge vif, puis tournant au rouge sombre, presque noirâtre.

La tumeur peut prendre un aspect lisse et présenter fréquemment des excoriations qui succèdent à des plaques grisâtres, véritables point sphacelés, quand l'infection et la malpropreté la compliquent.

Médiocrement douloureuse, cette tumeur saigne assez facilement. Un simple contact peut amener un suintement sanguin.

« Cette masse paraît sénile entre les grandes lèvres, mais si l'on cherche avec un stylet ou le doigt à en faire le tour, on lui trouve un pédicule large, en arrière du clitoris, au-dessus du vagin normal. »

En aucun point, sur son pourtour, on ne trouve un orifice perméable. Par contre, au sommet de la tumeur, un orifice ou fente qui répond à l'extrémité inférieure du canal urétral.

On peut y introduire une sonde qui pénétrera jusque dans la vessie.

La forme de cet orifice est essentiellement variable. Dans notre observation, l'orifice méatique est représenté par une fente longitudinale, en forme de croissant, dissimulée dans la masse bourgeonnante de la tumeur.

Dans leur accroissement, les bourrelets exhubérants que forme la tumeur déforment plus ou moins l'orifice méatique.

Comment ne pas être frappé à l'examen attentif de la tumeur d'une analogie frappante avec ces **bourrelets** hémorroïdaires que l'on rencontre si souvent au niveau **de l'anus**.

La symptomatologie **de l'affection** semble confirmer cette hypothèse : Douleurs, **écoulement** sanguin, accidents infectieux.

Nous reprendrons ce point important dans **notre** chapitre consacré à la Pathogénie de l'affection.

CHAPITRE IV

Evolution

Le prolapsus de la muqueuse urétrale peut être considéré comme une affection bénigne.

Bien des prolapsus ne furent, certes, jamais diagnostiqués, méconnus de la malade elle-même. Ils ne donnaient lieu à aucune symptomatologie susceptible d'attirer l'attention.

La réduction d'un prolapsus constitué s'opère rarement d'emblée. Une tentative de réduction peut réussir. A l'occasion d'un effort, le prolapsus se reconstituera dans un temps plus ou moins long.

Le prolapsus abandonné à lui-même peut évoluer. Il augmentera de volume et pourra devenir le siège de complications secondaires.

La muqueuse peut, en effet, être le siège de modifications plus ou moins profondes. Rarement, cependant, elle s'épidermise en donnant ainsi l'aspect d'une couche cornée. Il n'est pas d'observation suivie d'un examen anatomo-pathologique de la tumeur qui ait

montré des éléments épithéliaux qui, infiltrant le tissu conjonctif, auraient pu passer pour néoplasiques.

Il faut admettre l'inflammation secondaire de la tumeur. Dans une région qui peut être considérée comme un milieu septique et chez les personnes malpropres une suppuration peut s'installer.

Le prolapsus peut prendre à sa période d'état l'apparence d'une masse charnue, d'abord rouge vif, puis tournant au rouge sombre, presque noirâtre, marbré par point de plaques grisâtres, quand la malpropreté et l'infection la compliquent.

Les symptômes douloureux peuvent s'aggraver, une dysurie peut s'installer et amener de toute urgence la malade à consulter un médecin.

La tumeur peut s'étrangler et présenter à l'examen des bourrelets concentriques; l'un extérieur, rouge vif, du mucosités, dû à la procidence irréductible du prolapsus central, composé de bosselures rondes, d'un rouge foncé ou violacé, à surface lisse et recouverte de mucosités, dû à la providence irréductible du prolapsus.

Ces lésions d'étranglement chez notre malade étaient celles de l'étranglement d'un prolapsus hémorroïdaire.

CHAPITRE V

Diagnostic

Le tableau symptomatologique que nous offre le prolapsus de la muqueuse uréthrale est commune à un grand nombre d'affections de l'urèthre.

Les douleurs, l'écoulement sanguin ou puriforme et parfois la dysurie constituent une triade symptomatique bien souvent retrouvée.

Cependant, le diagnostic est, en général, facile. Il suffira d'un examen attentif de la tumeur, pour reconnaître son aspect, l'absence d'un pédicule intra-urétral, vrai. Avec une sonde il sera facile de repérer un orifice plus ou moins central qui amènera l'instrument jusque dans la vessie.

Il y a pourtant place au doute et nous ne ferons que rappeler ces cas dans lesquels une hypothèse de viol avait été émise. Il est indéniable qu'après examen des parties génitales, de l'hymen, toute idée de viol doit être écartée.

La tumeur, volumineuse parfois, pourrait en imposer pour un col utérin abaissé. Tavignot et Hudson rapportent deux cas qui entraînèrent pareille confusion.

Un toucher pratiqué d'emblée doit fixer le diagnostic.

L'hypertrophie de la muqueuse du méat est une affection susceptible d'être confondue avec le prolapsus de la muqueuse uréthrale. Sous des influences mal connues, la muqueuse peut subir une augmentation de volume et venir faire saillie au niveau de l'orifice externe de l'urèthre. Elle affecte alors une forme mamelonnée, de couleur rouge vif, de volume plutôt médiocre qui peut occuper tout le pourtour du méat ou la plupart du temps cette région qui correspond au *veru montanum*.

Il s'agit là d'une tumeur irréductible. Si l'on vient à pratiquer un toucher vaginal il est possible de sentir un degré d'induration au niveau même du canal de l'urèthre qui correspondrait à l'hypertrophie de sa muqueuse.

Ce sont, en général, les tumeurs bénignes ou malignes qui prêteront le plus à la confusion.

L'épithélioma de l'urèthre se développe surtout au niveau du méat urinaire et dans la paroi inférieure de la cloison uréthro-vaginale.

Il s'agit d'une « tumeur rouge, charnue, bourgeonnante, faiblement saignante, qui ne tarde pas à sécréter une sanie fétide et à se creuser progressivement en un ulcère à bords durs ». L'épithélioma peut même s'accompagner d'un prolapsus partiel de la muqueuse.

Cependant, les caractères de la tumeur dure, diffuse, l'adénopathie rarement absente et surtout à la période d'état des troubles fonctionnels graves, doivent faire éviter une erreur de diagnostic.

Les tumeurs bénignes qui prennent naissance aux dépens de la muqueuse de l'urèthre et qui viennent faire saillie hors du méat, sont de toutes les affections confondues avec le prolapsus, les plus fréquentes.

Il s'agit de tumeurs qui peuvent se recouvrir de villosités (papillomes), il peut s'agir de polypes qui présentent un pédicule.

Ces tumeurs sont susceptibles d'accroissement. Ces masses bourgeonnantes, mal à l'aise, dans un canal étroit, vont brusquement se décompresser et venir masquer le méat, à la façon d'un « Champignon exhubérant, à surface inégale, multilobée et granuleuse, souvent suintante et exulcérée ».

L'orifice urétral peut occuper le centre de la tumeur (cas observé dans le service du Docteur Duplay par Mlle Rechnieweska).

Il faudra porter son attention sur l'aspect de la tumeur, reconnaître les végétations qui hérissent parfois les surfaces muqueuses avoisinantes, s'assurer de l'intégrité de l'urèthre lui-même et surtout ne pas méconnaître la présence d'un pédicule intra urétral vrai.

Kleinwachter a cependant signalé un cas dans lequel la muqueuse décollée à la partie supérieure de l'urèthre présentait un pédicule à sa sortie du méat.

Il s'agit là cependant d'une tumeur d'aspect lisse et d'un pédicule mal délimité.

L'examen histologique pourra, dans ce cas là, trancher le diagnostic.

La cystocèle uréthrale, elle, se présente sous l'aspect d'une tumeur arrondie, avec un large pédicule intra uréthral très net.

Il y a bien là un sillon circulaire mais il n'a rien de commun avec celui du prolapsus.

Dans des cas de cystocèle, la symptomatologie est différente et les troubles de la miction toujours très prononcés aideront au diagnostic.

Quant à l'uréthrocèle, il n'est qu'un mode des prolapsus génitaux. La muqueuse uréthrale se trouve entraînée et déprimée en forme de poche.

Il s'agit, encore là, d'une tumeur qui vient confiner au méat et qui pourrait en imposer pour un prolapsus. L'erreur sera facile à éviter. Il suffira de presser légèrement sur la tumeur pour voir sourdre par le méat urinaire une certaine quantité de pus et d'urine.

Pour explorer la cavité intra uréthrale, faut insinuer une sonde cannelée courbe sur la paroi inférieure de l'urèthre et suivre avec le doigt introduit dans le vagin le bec de la sonde.

Citons, avant de clore ce chapitre, le cas de Seguin. Il s'agissait d'un prolapsus enflammé secondairement présentant même des zones de sphacèle. Les phénomènes généraux graves en avait imposé pour un étranglement herniaire.

Dans les nombreuses thèses sur les polypes de l'urèthre chez la femme (Henry, *Thèse*, Paris, 1858; The-

venan, *Thèse*, Paris, 1869), il est fait mention du prolapsus de la muqueuse uréthrale.

Il semble cependant que quelque confusion existe et on est embarrassé pour savoir ce que les auteurs ont voulu désigner sous les noms de carnosités, excroissances, végétations charnues, granulations de la muqueuse, tumeurs hémorroïdales, tumeurs polypôides.

Il a été trouvé public sous le nom de polype de l'urèthre ou d'uréthrocèle des observations qui devraient être classées comme observations de prolapsus uréthral.

CHAPITRE VI

Pathogénie

L'étude pathogénique du prolapsus de la muqueuse uréthrale est le point le moins connu et le plus discuté. Certes, de nombreuses thèses et travaux relatifs à la question ont été publiés. Nous reprendrons, dans ce chapitre, les conclusions que nous avons déjà citées dans notre Historique de l'affection.

Nous signalerons les statistiques publiées par Kleinwächter et Voillemin. Ils affirment que cette affection atteint son maximum de fréquence chez les enfants de 1 à 15 ans. Les femmes âgées paient aussi leur tribut, mais dans une proportion moindre :

(60 % des cas chez les enfants) ;

(27 % des cas chez les femmes âgées).

Une proportion négligeable pour la femme adulte rarement atteinte d'une telle affection.

La faiblesse des tissus, aux deux âges extrêmes de la vie, liée à un état général déficient, deviendrait alors la cause favorisante du prolapsus.

Il faudrait donc faire entrer, dans ce même cadre, la longue série des maladies infectieuses, les états cachectiques ou scrofuleux qui amènent des modifications importantes dans l'équilibre tissulaire.

La tuberculose, si souvent mise en cause, amènerait, dans ce cas aussi, une diminution des tissus.

On a cité des observations relatives à des femmes tuberculeuses qui auraient présenté simultanément un prolapsus du rectum et un prolapsus de l'urèthre.

L'état de grossesse, les accouchements feraient subir à la paroi uréthrale et au niveau de cette couche de tissu conjonctif lâche qui unit la musculuse à la muqueuse, un degré important de relâchement.

Causes prédisposantes peut-être mais incapables à elles seules de déterminer un glissement de la muqueuse uréthrale et de créer un prolapsus. Les auteurs ont parlé d'évolution sénile. Les organes de la vie génitale sont frappés de dégénérescence et les examens histologiques ont démontré dans l'intimité des tissus des modifications cellulaires.

La muqueuse uréthrale pourrait s'altérer. Ce serait le fait d'un traumatisme, d'un coït intra uréthral. La muqueuse s'enflammerait secondairement, s'hypertrophierait et diminuerait, de ce fait, ses adhérences avec la musculuse.

Certes, l'attention des auteurs s'était porté sur les modifications tissulaires et Singer, en 1898, avec 8 observations à l'appui, avait pensé que les modifications anatomo-pathologiques (infiltration embryonnaire de la couche sous-épithéliale et surtout dilatation des

capillaires), devaient retenir particulièrement l'attention du médecin.

Dans l'observation qui fait le sujet de notre thèse, les lésions ont évolué tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, comme des hémorroïdes autour de l'orifice anal.

En faisant des recherches dans les travaux antérieurs, nous avons eu l'idée de reprendre les examens histologiques qui les illustrent :

Voillemin, la même année, se rattache à la théorie mécanique et n'envisage à aucun moment le rôle des lésions vasculaires dans la formation du prolapsus urétral.

Si on étudie les 17 observations qui illustrent sa thèse et dont 6 sont accompagnées d'un examen histologique, on est surpris de constater que les lésions vasculaires y sont signalées 6 fois.

Sur certaines pièces, la dilatation vasculaire est poussée à un tel point qu'il se forme de véritables lacs sanguins donnant, au premier abord, l'aspect du tissu caverneux.

Il s'agit pour lui d'altérations qu'il croit devoir rapporter à une inflammation primitive (urétrites) ou aux traumatismes subis par la tumeur.

Mlle Rechnieweska, dans une thèse inspirée par le Professeur Guyon, met en lumière le rôle des lésions vasculaires.

L'angiome est en effet constaté dans presque tous les cas où un examen histologique a été fourni.

Il s'agit de 5 observations, 2 cas de Singer, que nous avons cité précédemment, 2 de Sipila, 1 de Bagot.

Tous ces examens anatomo-pathologiques concluent à l'existence d'un angiome.

La lésion est-elle primitive ou secondaire ? La question n'est pas résolue au chapitre des Conclusions. Pour Singer, cependant, l'angiome serait primitif et constituerait, avec l'affaiblissement des tissus, les deux facteurs étiologiques du prolapsus.

Blanc, dans un travail, a rapporté deux observations relatives l'une à une fillette de 6 ans, l'autre de 7 ans. Il est permis de se demander si, à cet âge, il est possible que soient déjà constituées de véritables lésions variqueuses.

C'est, en général, l'apanage du sujet adulte ou de la femme âgée. En relisant les examens histologiques pratiqués, l'attention est appelée sur l'état des vaisseaux.

« Ces vaisseaux, sur les coupes, prennent parfois des apparences contournées, dilatées sur certains points, ils rappellent un peu le tissu angiomateux.

Morestin, en 1909, présentait, à la Société Anatomique de Paris, l'observation d'une femme de 53 ans, atteinte d'un prolapsus inflammatoire de la muqueuse uréthrale.

Il en rapporta la cause à une véritable phlébite des varices péri-méatique.

Il s'agissait d'un « Bourrelet constitué par des veines dilatées et thrombosées formant, sur la coupe, des cercles noirâtres, particulièrement abondants en arrière. Tout un lacs de veines volumineuses et injectées par du sang coagulé ».

La muqueuse uréthrale éversée, œdémateuse et ul-

cérée par place, enveloppe le paquet de veines thrombosées. »

A ce sujet, Morestin fait remarquer qu'il se trouve au niveau du méat urinaire chez la femme, des varicosités, de petites dilatations veineuses qui constituent des varices en miniature.

Il semble qu'une telle disposition soit surtout marquée à la partie postérieure du méat et les formations polypoïdes que l'on rencontre à ce niveau, dépendent étroitement des variations de l'élément vasculaire.

« Richet les désignait du nom d'hémorroïdes uréthrales et je me souviens très bien d'avoir, en 1887, entendu mon vieux maître développer ses idées à ce sujet dans une intéressante clinique. »

Dans le chapitre que nous avons réservé à l'anatomie de l'urèthre, nous signalons l'abondance, dans la couche profonde du derme uréthral, des formations vasculaires.

Chez la femme âgée, ces formations peuvent être le point de départ de véritables varices et on peut s'expliquer l'influence d'une ou plusieurs grossesses sur le développement de pareilles lésions.

Chez notre malade, il existait un état variqueux des veines au niveau du méat urinaire et l'uréthroscopie a montré des varicosités sillonnant le trajet uréthral.

Ne peut-on pas admettre que cette masse variqueuse ainsi coiffée de la muqueuse, fasse glisser cette dernière, grâce à la laxité de la celluleuse et l'entraîne vers le méat. Le prolapsus de la muqueuse uréthrale vient alors compliquer l'altération variqueuse.

Le prolapsus apparaîtra indidieusement parfois, il pourra apparaître brusquement à la suite d'un effort violent.

Ce rôle des varices dans la pathogénie du prolapsus muqueux, au moins chez la femme âgée, ne répond-il pas bien aux signes cliniques de cette affection.

Les auteurs décrivent une tumeur de volume variable, de coloration rouge ou violacée, saignant au moindre contact. Ils parlent de la fréquence des hémorragies.

En comparant ces symptômes à ceux que l'on rencontre dans le prolapsus rectal, on est frappé de l'analogie qui existe dans le cas de prolapsus hémorroïdaire, mais non dans celui de prolapsus rectal vrai.

Dans les formes légères, en effet, la tumeur hémorroïdaire s'endolorit, se tend et les symptômes se réduisent à une gêne de la marche et de la station assise.

La varice peut se tuméfier en une tumeur lisse, luisante, rosée ou violacée, très sensible, souvent irréductible. En cas de poussée fluxionnaire, la distension veineuse étant plus marquée, il se produit une rupture de la varice et un petit écoulement sanguin.

Quant aux accidents infectieux et surtout les accidents infectieux généraux graves que l'on peut observer ne s'expliquent-ils pas mieux par des lésions de phlébite variqueuse que par l'inflammation et l'ulcération d'une simple muqueuse prolabée ?

Des lésions d'étranglement peuvent se produire. Chez notre malade ces lésions étaient comparables à

celles observées dans un prolapsus hémorroïdaires.

La terminaison en est : l'hémorragie par rupture, la suppuration par phlébite; le sphacèle partiel ou total par gangrène de la partie étranglée.

L'examen histologique qui suit notre observation I décrit un point sphacélé.

Le prolapsus de la muqueuse uréthrale a ouvert le champ à des données pathogéniques nombreuses et diverses. Les auteurs ont envisagé la théorie angiomateuse du prolapsus, mais sous bénéfice d'inventaire. Elle eut dû être cependant pour eux la déduction logique des examens anatomo-pathologiques qu'ils avaient fait pratiquer.

Il semble donc que l'on puisse considérer le prolapsus de la muqueuse uréthrale comme l'homologue du prolapsus rectal hémorroïdaire.

La symptomatologie, l'évolution sont identiques.

Les examens anatomo-pathologiques démontrent les mêmes lésions.

Les observations qui paraîtront dans l'avenir nous donneront-elles la confirmation de notre hypothèse ? les examens anatomo-pathologiques révéleront-ils l'angiome dans tous les cas où un diagnostic de prolapsus de la muqueuse uréthrale aura été porté ?

CHAPITRE VII

Traitement

Le prolapsus de la muqueuse uréthrale n'est pas toujours une affection bénigne. Presque toujours il constitue pour la malade une incommodité notoire. Dans les cas légers, il s'accompagne de douleurs qui, quoique minimales, n'en sont pas moins insupportables.

D'autres cas peuvent se compliquer d'accidents graves et menaçants, d'hémorragies répétées, abondantes parfois. Une infection secondaire peut amener au niveau de la tumeur un processus sphacélaire et parfois gangréneux.

Dans la plupart des cas, le prolapsus reste bénin.

La malade vient consulter avant qu'ait éclaté des symptômes plus graves.

Le traitement à instituer peut être d'ordre médical ou d'ordre chirurgical.

Le traitement médical s'adresserait de préférence aux prolapsus réductibles. Il s'agit là d'une condition *sine qua non* de la valeur du traitement médical. S'as-

surer tout d'abord de la réduction de la tumeur, en mettant la malade dans une position de taille périnéale, et en exerçant sur la muqueuse prolapsée une pression modérée soit avec le doigt, soit à l'aide d'un tampon d'ouate par exemple.

La tumeur peut être réductible. La malade se croit guérie. Quelques semaines, des mois peuvent s'écouler, lorsqu'à l'occasion d'un effort, ou pour toute autre cause d'ordre inflammatoire ou vasculaire le prolapsus vient à se reproduire.

Il s'agit là d'un prolapsus à répétition et l'on comprend aisément l'inanité des manœuvres de réduction que l'on pourrait entreprendre à nouveau.

Cependant, certaines malades se refusent à une intervention que le médecin est amené à proposer.

Dans ces cas, il ne faudra pas négliger une antisepsie soigneuse de la région. Des accidents infectieux ont éclaté bien souvent chez des personnes ne prenant aucun soin de propreté.

On pourra cautériser la tumeur au nitrate d'argent, faire des lotions astringentes. Les bains chauds peuvent se recommander. On arrivera ainsi à décongestionner la muqueuse et à favoriser en quelque sorte la réduction de la tumeur.

Lorsqu'il s'agit de véritables crises douloureuses, d'hématuries à répétition, le repos au lit avec un traitement général pourront amener une atténuation notable des symptômes.

Le traitement chirurgical reste le traitement de choix.

Comme chez les hémorroïdaires, il faut conseiller l'extirpation des bourrelets hémorroïdaires procédents et hémorragiques.

Trois méthodes ont été employées à ce sujet.

Ligature de la muqueuse prolabée sur une sonde de femme introduite dans le canal de l'urèthre. Il s'agit là d'un procédé ancien et délaissé. Il fut employé dans un siècle où l'antisepsie et les moyens d'hémostase faisant défaut, les chirurgiens reculaient devant une opération sanglante.

La destruction au thermocautère constitue, pour certains chirurgiens, un procédé du choix (Baker, Simpson, Guillard).

Elle laisserait quelquefois un rétrécissement de l'urèthre.

L'excision au bistouri paraît être le procédé de choix à une époque où l'infection est moins à redouter.

Après lavage soigneux de la région vulvaire, on fera une anesthésie de la muqueuse avec de petits tampons de solution novocaïnée. L'anesthésie de la couche musculaire sera réalisée par une série d'injections profondes de la solution de novocaïne à 1/200°.

Après excision circonférentielle de la tumeur, on suture soigneusement les lèvres de la muqueuse. L'hémorragie est peu abondante et la suture rapide en a toujours raison.

On fait une incision circulaire sur la base de la tumeur.

La lame externe du prolapsus est alors divisée et une nouvelle reprise divise la lame interne et amène la section complète de la tumeur.

Il faut, au cours de l'opération, placer des pinces sur la muqueuse intra uréthrale, au niveau du trait de section. On évitera, de ce fait, le retrait de la muqueuse qui a tendance à remonter vers la vessie après la section, et on risquerait, de ce fait, de ne plus pouvoir l'affronter exactement à la lèvre inférieure.

On constitue ainsi à la plaie deux lèvres, qui sont, d'une part la muqueuse uréthrale, d'autre part la muqueuse vulvaire du méat. On fera le rapprochement des deux lèvres à l'aide d'un fil de catgut ou de soie.

Dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, de 1896, Broca rend compte, comme il suit, du procédé qu'il emploie :

« Après avoir assuré de mon mieux, pendant quelques jours, l'antisepsie vulvo-vaginale, j'ai vérifié avec une sonde le siège de l'urèthre, puis, sur la ligne médiane supérieure, j'ai fendu la tumeur dans toute son étendue et, avant d'aller plus loin, j'ai placé un fil de soie à l'angle de l'incision : j'en ai fait autant en arrière et j'ai ensuite abattu d'un coup de bistouri les deux moitiés de la masse morbide. Il a été alors trop facile de suturer à la soie les lèvres de la muqueuse. J'ai jugé inutile de laisser une sonde à demeure et la guérison a été obtenue sans incident. »

Puech exécutait l'opération de la façon suivante : Avec une aiguille droite de couturière, traversant à son point d'implantation la tumeur légèrement tendue par une pince, un premier fil de soie est placé suivant

une direction antéro-postérieure, de la même façon un second fil est conduit perpendiculairement au premier. L'intersection des deux fils disposés en croix à la base de la tumeur se trouve ainsi au centre du canal de l'urèthre.

« Un peu au-devant des fils, la tumeur est alors excisée au bistouri. Avec une pince on attache»-p.bué rapidement excisée au bistouri. Avec une pince on attire hors de l'urèthre la portion médiane de chacun des fils, ce qui détermine la formation de deux anses. En les sectionnant, on obtient quatre fils qui se trouvent placés aux quatre points cardinaux et qu'il ne reste plus qu'à lier pour bien affronter la lèvre supérieure à la lèvre inférieure de la muqueuse excisée. »

Quels que soient les procédés employés, il s'agit là d'une opération de petite chirurgie.

Certains chirurgiens laissent une sonde à demeure.

La guérison suit de près l'intervention opératoire et dans toutes les observations la malade sort de l'hôpital une semaine après, parfaitement guérie.

On a signalé des rétrécissement cicatriciels du méat.

Ils succèdent, en général, à une technique défectueuse qui consiste à tirer sur la tumeur et à amener ainsi en bas la muqueuse demeurée dans le canal.

Si l'opérateur est averti et évite cette erreur, la muqueuse se rétracte peu et reste suffisante.

CONCLUSIONS

I. — Le prolapsus de la muqueuse de l'urèthre chez la femme n'est pas une affection rare.

Dans les deux tiers des cas, on la rencontre chez les petites filles de 1 à 15 ans. Un tiers des cas s'adresserait aux femmes âgées. Une proportion négligeable pour les femmes adultes, rarement atteintes.

II. — *Du point de vue histologique.* L'existence d'une couche de tissu conjonctif interposé entre la tunique musculuse et les tuniques musculaires avait fait penser à un glissement possible de la musculuse et à la production du prolapsus.

L'abondance dans la couche profonde du derme uréthral de formations vasculaires a été signalée par tous les anatomistes.

III. — *Les examens anatomo-pathologiques* ont montré, à côté de l'infiltration embryonnaire de la couche sous-épithéliale, de larges vaisseaux anormaux à parois minces, revêtus de cellules endothéli-formes. Ces formations peuvent être, chez la femme âgée, le point de départ de véritables varices.

Cette masse variqueuse ainsi coiffée de la muqueuse ferait glisser cette dernière et grâce à la laxité de la celluleuse l'entraînerait vers le méat.

Il s'agirait là d'un mode de formation de prolapsus analogue au prolapsus rectal hémorroïdaire.

IV. — *Aupoint de vue clinique*, les hémorragies, les accidents infectieux locaux et les accidents généraux graves sont analogues à ceux observés dans le prolapsus hémorroïdaire.

V. — Il en partage d'ailleurs *l'évolution et le traitement* consistant dans l'excision au bistouri de la muqueuse prolabée.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, V. ROCHET.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 Novembre 1926.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

- MORGAGNI. — De sedibus et causis morborum, tome III. Epist. 2, n° 51.
- DUPIN. — Végétations hémorroïdales de l'urèthre chez la femme. *Thèse Paris*, 1873.
- FLEYSSAC. — De quelques tumeurs de l'urèthre chez la femme et principalement des tumeurs hémorroïdales. *Thèse Paris*, 1873.
- VILLAR. — Prolapsus de la muqueuse uréthrale, *France Médicale*, 1888.
- KREINWACHTER. — *Mémoire sur le prolapsus de l'urèthre*, 1891.
- Henri BLANC. — Prolapsus de la muqueuse de l'urèthre chez la femme et en particulier chez la petite fille. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, juin 1895, pages 523-537.
- POURTIER. — Prolapsus de la muqueuse de l'urèthre chez la femme. *Thèse Paris*, 1895-96.
- KUSSHEFF-VRACH. — St-Pétersbourg, 1896.
- PUECH et AMETLER. — *Gazette des Hôpitaux*, 8 novembre 1898.
- CABROL. — Prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la femme. *Thèse de Montpellier*, 1898-99.
- VOILLEMIN. — Prolapsus de la muqueuse de l'urèthre chez la femme. *Thèse de Paris*, 1898-99.
- SINGER. — *Monatschr. f. Geb. Gynæk.* Berlin, 1898, t. VII, p. 273.

Mlle RECHINEWISKA. — Prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la femme. *Thèse Paris*, 1899-1900.

TESTUT. — Anatomie descriptive.

LAMBLIN Paul. — *Thèse de Paris*, 1902-03.

MORESTIN. — Prolapsus inflammatoire de l'urèthre chez la femme causé par la phlébite des varices uréthro-méatiques. *Société Anatomique de Paris*, 5 novembre 1909.

PICHEVIN. — Du prolapsus de l'urèthre, *Gynécologie et Obstétrique*, 1920.

FORGUE. — *Manuel de Pathologie Externe*, t. II, p. 703.

THÉVENOT (Léon). — Communication à la *Société de Chirurgie de Lyon*, le 3 novembre 1926.
